

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 94

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉVIATIONS DE L'URETÈRE

DANS CERTAINS CAS DE

TUMEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1932

PAR

Charles-Georges LEMOINE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TOULON (Var), le 22 mai 1908.

Examineurs de la Thèse	}	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 94 .

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DÉVIATIONS DE L'URETÈRE
DANS CERTAINS CAS DE
TUMEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1932

PAR

Charles-Georges LEMOINE

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TOULON (Var), le 22 mai 1908.

Examineurs de la Thèse	}	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>	
		DUVERGEY, professeur.....	}	
		PAPIN, agrégé.....		<i>Juges.</i>
		DUBECQ, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (charge).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE — A MA MERE

Je vous dois tout : une jeunesse heureuse, mon diplôme de docteur en médecine. Entouré de votre bonté et de votre tendresse, vous m'avez donné un magnifique exemple de bonté, de devoir et d'honneur que je m'efforcerai de suivre toujours.

Je vous dédie ce bien modeste ouvrage, faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance infinies.

A MA FEMME — A MA FILLE

Avec toute mon affection et ma tendresse.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES
ET DE L'ECOLE ANNEXE DE TOULON

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

AU DOCTEUR LARTIGAU

En témoignage de la profonde amitié
qui nous unit depuis notre entrée à
l'Ecole du Service de santé de la Marine.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX



A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,*

*Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

*Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique,*

Qui nous inspira le sujet de ce travail
et nous fit le grand honneur de présider
cette thèse. Nous sommes heureux de
l'en remercier très vivement et de l'as-
surer de notre respectueux dévouement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DÉVIATIONS DE L'URETÈRE
DANS CERTAINS CAS DE
TUMEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

Lorsque notre maître, M. le Professeur Guyot, nous proposa le sujet de cette thèse, nous n'avons pas d'abord réalisé tout l'intérêt de cette question. Mais nous avons pu nous rendre compte rapidement, au cours de nos recherches, que l'on n'avait pas assez attiré l'attention sur les dangers que peut courir l'uretère, au cours des interventions, du fait d'une situation anormale, et des rapports nouveaux qu'il contracte à la suite des déplacements que peuvent lui faire subir les tumeurs de toute nature venues, au cours de leur évolution, se placer sur son trajet. Ces déviations méritent de nous intéresser à un autre point de vue, qui est celui du diagnostic des tumeurs des hypocondres. La constatation de la déviation étant un élément important permettant de renseigner sur la direction générale d'accroissement de ces tumeurs. Il est curieux de remarquer, d'ailleurs, combien l'uretère a inspiré peu de travaux en comparaison des multiples études

faites sur ses deux voisins, le rein et la vessie. Il mérite mieux cependant que cette sorte de demi-oubli dans lequel on le tient, pour ne lui accorder attention qu'en quelques circonstances.

Nous ferons un rapide historique de la question et, après un rappel succinct de ses rapports normaux, nous envisagerons ses déplacements :

1° Dans son trajet abdominal;

2° Dans son trajet pelvien.

Ce dernier surtout, nous retiendra, car c'est dans cette partie de son trajet qu'il est le plus fréquemment déplacé.

HISTORIQUE

En 1885, Terrillon, dans une leçon clinique sur les tumeurs incluses dans le ligament large faite à la Salpêtrière et recueillie par Sébileau, attirait l'attention sur les modifications de rapports que de telles tumeurs font subir à l'uretère. Parlant des kystes de l'ovaire et leurs différentes voies de développement, il disait : « Si la tumeur se développe latéralement, elle rencontre des organes différents, suivant qu'elle évolue plutôt en dehors ou en dedans. En dehors, elle trouve un organe important peu volumineux, c'est l'uretère. Cet uretère, vous le connaissez, vous savez que dans la troisième partie de son trajet, après l'inflexion qu'il subit, il se place entre les feuillets du ligament large, côtoie de chaque côté le col utérin et arrive enfin au niveau de la face postéro-inférieure de la vessie, où il se termine...

» N'oubliez pas, Messieurs, cet organe important, quand vous opérez, essayez de le voir et si possible de le disséquer : cela n'est pas toujours possible, et l'on sectionne quelquefois ses parois dissimulées au milieu de la tumeur...

» Ailleurs, elles se conduisent différemment avec les organes qu'elles rencontrent, en modifient les rapports, les entraînent, les allongent, et cette seconde complication constitue les déplacements.

» Je m'explique, voici par exemple une tumeur se développer de haut en bas : elle trouve à un moment donné un obstacle puissant, les parois du petit bassin, le plancher pelvien. Arrêtée dans sa marche, elle tend naturellement à se développer en haut, c'est ainsi qu'elle va déplacer les organes

voisins, les entraîner dans le sens général de son accroissement. »

Quelques années plus tard, en 1899, Perrot, dans sa thèse sur les fibromes du ligament, rapporte un cas de déplacement de l'uretère observé la même année par Bérard.

En 1901, Monod présentait à la Société de chirurgie un volumineux fibrome du ligament large enlevé avec succès sur une femme de 40 ans, et M. Piqué désira savoir si, dans ce cas, l'uretère avait été déplacé. Très surpris de cette question, pourtant bien légitime, M. Pothérat répliqua :

« L'uretère parcourt le ligament large en bas et les fibromes se développent dans la partie supérieure de ce même ligament. Il suffit d'inciser en haut du péritoine, de décoller le fibrome de ses connexions avec le ligament large, et l'énucléation devient simple. J'ai opéré un grand nombre de fibromes, entre autres un fibrome de 3 kilos, et je n'ai jamais rencontré l'uretère. Il suffira d'ailleurs, avant de faire la brèche péritonéale, de regarder si l'uretère ne se trouve pas sous le bistouri. » Et M. Piqué de répondre judicieusement : « Je tiens à préciser ma question. En effet, dans un certain nombre de cas, la déviation de l'uretère est très marquée, et je me rappelle un cas que nous avons observé ensemble à la Pitié avec mon maître, M. Berger, où cette déviation était réellement considérable. » (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1901, XXVII, p. 353.)

En 1902, Stroheker, dans sa thèse sur les fibromes du ligament large, cite plusieurs cas de déplacements. Maubert en donne aussi des exemples dans sa thèse sur les blessures de l'uretère dans les interventions sur l'utérus et les annexes.

En 1903, Boyen-Young étudie l'influence des abcès tubaires sur le trajet de l'uretère.

En 1908, Lockhyer cite un cas de déplacement tout à fait remarquable et trois autres cas où il blessa l'uretère probablement en situation ectopique.

L'année 1914 donne le jour à la thèse de Legal — La Salle sur les fibromes du col, dans laquelle l'auteur nous donne trois exemples de déplacement.

Roy, la même année, observe un soulèvement de l'uretère par un fibrome œdémateux du ligament large simulant un pyosalpinx.

Tedenat, dans une séance de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Montpellier de la même année (1^{er} avril 1914), dit quelques mots sur la question.

En 1920, Schickelé signale des rapports anormaux qu'il a constatés en pratiquant des interventions obstétricales.

Stajano, la même année, en parle à l'occasion d'une étude sur le danger urétéral dans les interventions gynécologiques.

Keller publie un cas de tumeur intraligamentaire de l'ovaire avec déplacement de l'uretère.

En 1922, ce même auteur, à propos des « tumeurs de l'ovaire au point de vue clinique », sujet d'une communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg, signale l'importance au point de vue chirurgical du déplacement qui peut se produire dans ces cas.

En 1923, Albertin présente un volumineux fibrome ayant déplacé l'uretère.

En 1925, Forge et Crousse, au Congrès de gynécologie, signalent dans leur rapport les déplacements de l'uretère par tumeurs incluses dans le ligament large.

A l'occasion de ce Congrès et au cours de la discussion qui suit le rapport de Forge et Crousse sur l'inclusion ligamentaire, Vanverts et Schickelé signalent des déplacements qu'ils ont observés.

Herrick, en 1926, publie des cas de déviations par tumeurs des hypocondres, déviations repérées par la pyélographie après cathétérisme des uretères.

Petit-Dutaillis, en 1929, présente deux observations, où il a noté des déplacements de l'uretère. La même année Vanverts, à la réunion de la Société obstétricale de Lille, souligne au début de sa communication sur le traitement des fibromes du ligament large, le danger que peut courir, au cours de l'intervention, l'uretère déplacé : « Dans ces diverses éventualités, l'intervention est complexe et expose à la

blessure des organes qui entourent la tumeur et qui ont contracté avec elle des *rapports intimes et souvent anormaux*. Ainsi en est-il en particulier pour l'uretère qui, au lieu de cheminer normalement le long de la paroi pelvienne latérale, puis du bord inférieur du ligament large et d'être par conséquent en dehors puis au-dessous d'un fibrome développé dans le ligament large, peut avoir été déplacé et se trouver en avant ou en arrière de la tumeur.»

En 1931, Salleras, dans un article sur le diagnostic pyélographique des tumeurs rénales et pararénales, donne des exemples de déplacement de l'uretère. Cette année même, Vincent dit quelques mots sur les déplacements de l'uretère dans un article sur les « lésions de l'uretère produites au cours des interventions gynécologiques. »

Enfin, Lepoutre signale l'utilité de la pyélographie pour déceler un déplacement de l'uretère, élément de diagnostic des tumeurs de l'hypocondre.

RAPPEL ANATOMIQUE

Il est nécessaire, avant d'aborder l'étude des déviations de l'uretère, de rappeler brièvement quelques notions sur ses rapports normaux et de nous arrêter en passant sur quelques points qui éclaireront par la suite la pathogénie de ces déplacements. Nous suivrons l'uretère dans ses deux principales portions : abdominale et pelvienne.

I. — Portion abdominale.

Depuis l'extrémité inférieure du bassin jusqu'au détroit supérieur, l'uretère descend à peu près verticalement. En projection sur l'abdomen, l'extrémité supérieure répond à la 12^e côte. La direction générale est représentée par une ligne verticale passant par l'arcade crurale à l'union du tiers interne et des deux tiers externes. Il croise de haut en bas les apophyses costiformes de L₃, L₄ et L₅, à 1 centimètre en dedans de leur sommet, plus bas il repose sur l'aileron sacré, puis longe l'interligne sacro-iliaque et plus bas répond à l'épine sciatique. Il est en rapport en avant avec le péritoine auquel il adhère solidement, avec les vaisseaux spermaticques qui le croisent à angle aigu, et avec les vaisseaux utéro-ovariens qui longent son côté interne.

En arrière, il repose sur le psoas dont il est séparé par une couche de tissu cellulaire très lâche lui donnant, par conséquent, une certaine mobilité. Voici donc un premier point qui nous expliquera la possibilité de déplacements importants,

du fait que l'uretère peut fuir à son aise, refoulé par une tumeur du voisinage venue prendre contact avec lui et le déplaçant à mesure de son développement.

L'uretère chemine avec sur son bord externe le côlon ascendant à droite, le côlon descendant à gauche. L'S iliaque et les circonvolutions de l'intestin grêle sont au devant de lui. Plus bas, l'uretère croise en avant l'artère iliaque primitive, puis l'iliaque externe, où il se coude pour plonger dans l'excavation pelvienne. Il croise en ce point le détroit supérieur et à ce niveau commence la portion pelvienne. Les rapports étroits que l'uretère contracte avec les terminaisons des artères et veines hypogastriques nous permettent encore de remarquer que, tandis que ces vaisseaux sont profonds, collés à la paroi pelvienne, l'uretère est mobile, superficiel, glissant sur eux avec le péritoine auquel il adhère.

Sur leur côté interne, les deux uretères, dans leur trajet abdominal, suivent l'aorte, la veine cave et le rachis séparés l'un de l'autre par ces organes et par les ganglions lymphatiques nombreux dans cette région.

II. — Portion pelvienne.

On lui distingue trois segments : segment pariétal ou rétro-ligamentaire, transversal ou intraligamentaire et enfin préligamentaire ou viscéral.

Le segment pariétal descend le long de l'artère iliaque interne, puis constitue la paroi postérieure de la fossette de Krause, formée par la dépression du péritoine entre les artères iliaques interne et externe.

L'uretère se trouve là en rapports avec l'ovaire et la trompe et avec l'utérine et le pédicule vasculaire utéro-ovarien. Ces rapports sont très intimes et la trompe, du fait de la laxité du méso-salpinx, tombe parfois en arrière et vient se mettre tout contre l'uretère. Vienne une poussée inflammatoire dans la trompe ou l'ovaire, il se formera des adhérences qui vont

solidariser l'uretère avec la masse inflammatoire, l'exposant ainsi à une blessure lors de l'ablation des annexes, la traction exercée par le péritoine déplaçant l'uretère.

Les rapports avec les vaisseaux ne sont pas moins importants; l'artère utéro-ovarienne est en dehors de l'uretère pendant les premiers centimètres du trajet pelvien; elle s'en sépare ensuite et remonte vers le bord supérieur du ligament large, l'artère utérine chemine avec l'uretère, se plaçant au devant de lui.

En compagnie de cette artère, l'uretère pénètre dans la base du ligament large et parcourt un peu obliquement cette base à peu près au milieu de la distance qui sépare l'utérus de la paroi pelvienne. C'est alors que l'artère utérine change brusquement de direction et s'infléchit pour remonter vers la corne utérine. Elle décrit ainsi une crosse en avant de l'organe, les veines étant toujours situées derrière.

Il répond dans sa traversée du ligament large au feuillet postérieur de ce ligament. Ce croisement se trouve à peu près au niveau de l'orifice interne du col et à 2 centimètres environ de ce segment du col. Continuant sa route, l'uretère atteint le bord latéral du vagin, un peu au-dessous du cul-de-sac latéral, puis de là passe sur la paroi vaginale antérieure, où il chemine pendant 15 à 18 millimètres, il disparaît enfin dans la vessie à 2 ou 3 centimètres de l'orifice externe du col.

Ce trajet normal de l'uretère ainsi rappelé, nous allons le suivre depuis son entrée dans le bassin jusqu'à sa terminaison et voir ainsi, en cours de route, les déplacements que peuvent lui imprimer les tumeurs qui se développent dans son voisinage.

TRAJET ABDOMINAL

Nous en parlerons simplement en passant pour signaler ce fait que secondairement l'uretère peut être intéressé, dans son trajet abdominal, par une tumeur de gros volume qui, née dans l'excavation pelvienne est passée au cours de son développement de la région pelvienne dans la région abdominale.

Salleras en a cité un exemple, qu'il n'a malheureusement pas publié. Il s'agissait d'un énorme kyste de l'ovaire à développement abdominal qui avait refoulé l'uretère et le rein et lès avaient soulevés.

Cependant, d'une façon générale, l'uretère est déplacé par des tumeurs du voisinage venues prendre directement contact avec lui et le repoussant au fur et à mesure de leur développement, ou bien entraîné indirectement par le rein qui a subi un déplacement du fait d'une tumeur périnéale (étage supérieur ou moyen de l'abdomen). Salleras, Herrick, Lepoutre, qui se sont intéressés à ces déplacements de la portion abdominale, en ont donné de beaux exemples.

Ces auteurs se sont attachés à montrer des services que peut rendre la pyélographie dans ces cas de tumeurs des flancs et des hypocondres. Lepoutre fait en effet remarquer qu'une tumeur rétropéritonéale dévie l'uretère, ce que ne fait pas une tumeur intragénitonéale. L'on voit par là que la constatation de tels déplacements est un élément de diagnostic important et mérite d'attirer l'attention des cliniciens pour être recherchée plus souvent.

Le cas de la malade du Professeur Guyot (obs. I) et celui de la malade de Lepoutre sont de beaux exemples de déplacement de l'uretère permettant de situer dans son plan exact la tumeur constatée cliniquement. Les déviations observées dans le trajet abdominal sont toutefois beaucoup moins fréquentes que celles du trajet pelvien. Nous allons les étudier en suivant les différents segments de l'uretère depuis son entrée dans le bassin jusqu'à sa terminaison vésicale.

TRAJET PELVIEN

Nous allons voir maintenant, en suivant l'uretère dans sa traversée du bassin, quels sont les points où il est exposé plus particulièrement à subir des changements de direction et, de ce fait, à être blessé ou pris dans une ligature. « Il ne suffit pas, en effet, de connaître la situation normale de l'uretère dans son trajet pelvien pour l'éviter sûrement, comme le dit Stajano, au cours des interventions chirurgicales sur le petit bassin. Cette situation n'est pas fixe, elle varie avec le développement des tumeurs utéro-annexielles. L'uretère suit les caprices des lésions qui se développent dans l'excavation. »

Segment pariétal.

ANNEXITES. KYSTES DE L'OVAIRE.

En raison des rapports intimes que l'uretère contracte avec les organes génitaux féminins dans cette partie de son trajet, on s'explique qu'au cours d'interventions portant sur ces organes il puisse être intéressé, à plus forte raison s'il se trouve détourné de son trajet normal. Dans les lésions annexielles, au moment de la ligature du pédicule utéro-ovarien, opération habituellement très simple, l'uretère, à la suite d'adhérences, se fixe au péritoine, et il peut se trouver entraîné avec lui dans les efforts de traction effectués pour libérer les masses annexielles, et ce déplacement est créé de toutes pièces, comme on le voit, par le chirurgien lui-même. (Obs. V, cas de Lockhyer). Cette adhérence au feuillet péritonéal, qui n'est que l'exagération d'un phénomène normal,

entraîne donc l'uretère dans une situation ectopique et le place ainsi dans les meilleures conditions pour qu'une blessure se produise, surtout s'il se surajoute aux lésions qui ont motivé l'intervention une ptose du rein qui, laissant à l'uretère toutes facilités pour décrire des coudures, augmente ainsi les chances de blessures.

Il en est de même pour certains kystes de l'ovaire adhérents qui tiraillent le péritoine, déplaçant avec lui l'uretère, et réalisent ainsi les conditions favorables à une blessure de cet organe, d'autant plus ennuyeuse qu'elle se produit à un endroit tout à fait imprévu. Ces faits sont signalés à plusieurs reprises, notamment par Keller, Lockyer, Labry, Stajano, Vincent.

On a signalé de même de tels déplacements dans des cas de néoplasme de l'ovaire, et Keller, dans une communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg en 1922 sur les « Néoplasmes de l'ovaire au point de vue clinique » s'exprime ainsi : « Au point de vue clinique, il y a surtout déplacement de l'uretère, qui joue un grand rôle. On peut le trouver soulevé et refoulé vers l'extérieur de la tumeur. Un fait qu'il faut connaître et qui gagne une importance de premier ordre quand il s'agit de faire l'intervention chirurgicale. » Il ne faudrait point croire toutefois que ce déplacement soit observé fréquemment et que dans de nombreux cas on l'ait noté. Nous avons cherché dans les nombreuses observations de cancer primitif de l'ovaire, réunies dans une étude de Massabau et Etienne, parue dans la *Revue de gynécologie* en 1913, et nous n'avons trouvé qu'une seule fois un déplacement de l'uretère, qui était « coudé sur la tumeur ». Une autre variété de tumeurs de l'ovaire particulièrement apte à produire des déplacements de l'uretère est celle où ces tumeurs se développent dans les ligaments larges, variété rare dont Keller a rapporté un cas intéressant, et dont nous reparlerons plus loin à propos des tumeurs incluses. Nous allons voir maintenant l'influence d'autres lésions du voisinage sur la position de l'uretère. Nous vou-

lons parler des abcès tubaires. Ces abcès, du fait de la distension de la trompe qu'ils produisent, la redressent, et cette dernière, tirant sur le péritoine du ligament large, entraîne l'uretère, qui se trouve ainsi rejeté hors de son trajet normal. Il faut naturellement, pour produire de tels déplacements, que ces collections soient d'un volume important. Ce mécanisme permet d'expliquer le déplacement observé dans certains cas et cadre bien avec des expériences faites sur le cadavre par Boyen-Young. Cet auteur, en effet, cherchant à reproduire l'état de distension des trompes par gros abcès, constata qu'une injection poussée dans les trompes les faisait se redresser et que le redressement s'accompagnait de tractions sur le péritoine, d'où entraînement de l'uretère en dehors. C'est là le cas habituel le plus fréquemment observé. On peut aussi faire jouer un rôle dans le déplacement à la pression progressivement croissante exercée par une collection suppurée de l'extrémité de la trompe, qui, contractant des adhérences et basculant en arrière et en bas dans le Douglas, entraînera avec elle l'uretère, situé au-dessous d'elle. C'est ainsi que cet auteur signale la présence d'un uretère enfoui dans le cul-de-sac postérieur. C'est là, à n'en point douter, une espèce de record, et nous aurions vivement souhaité avoir des précisions sur ce cas vraiment exceptionnel.

Mais cette théorie ne suffit pas à expliquer tous les cas, car on a pu en observer où l'uretère ne se trouvait pas au-dessous de la masse, mais bel et bien au-dessus d'elle et refoulé en dehors.

Nous ne voyons guère comme hypothèse à émettre que la suivante : L'abcès avait pris son origine au-dessous de l'uretère et se trouvait venir du Douglas par exemple, refoulant progressivement l'uretère au-dessus de lui.

Le cas de Dunning (Obs. VI), rapporté dans la thèse de Maubert, nous paraît rentrer dans cet ordre de faits. Il s'agissait d'un abcès pelvien survenu sept semaines après un accouchement. L'uretère était entraîné sur le sommet de l'abcès

et fut sectionné accidentellement. En résumé, les collections purulentes des trompes, à condition d'être d'un volume suffisant, déplacent l'uretère :

- en dehors; c'est le cas le plus fréquent, que l'uretère soit au-dessus ou au-dessous de la poche;
- en bas, vers le cul-de-sac postérieur; ceci tout à fait exceptionnellement.

Segment moyen ou intraligamentaire.

TUMEURS INCLUSES.

Nous abordons maintenant une partie du trajet de l'uretère où cet organe est particulièrement exposé à être déplacé. C'est en effet dans son passage à travers le ligament large que l'uretère a été le plus fréquemment observé en situation ectopique. Les tumeurs incluses, du fait de leur augmentation de volume, et de leur situation anatomique particulière, apportent de notables bouleversements dans la topographie normale des organes voisins. Un moment vient, en effet, où la tumeur, prenant un appui solide sur le plancher pelvien et n'ayant plus comme voie d'issue que la partie supérieure du bassin, largement ouverte vers la cavité abdominale, va se développer vers le haut, passant de l'étape pelvienne à l'étape abdominale, et entraînant avec elle les organes voisins dans le sens de son extension. Ainsi se trouve créée une « véritable dislocation pelvienne », suivant le terme de Forgue. Notre uretère, contractant des rapports intimes avec cette tumeur, va être un des premiers organes à être intéressé par la poussée. Nous savons déjà que cet organe, adhérent au péritoire sur la face postérieure du ligament large, est d'une fixité relative. Il pourra donc suivre le mouvement général et fuir devant la tumeur, ce qui lui permettra dans quelques cas heureux d'éviter une compression toujours grave de conséquences.

Quels sont donc les principaux types de déplacements que l'on pourra observer ? Dans leur rapport au Congrès de gynécologie de 1925 sur l'inclusion ligamentaire, Forgue et Crousse, mettant en lumière l'importance de ces transpositions de l'uretère au point de vue opératoire, distinguent deux types principaux : le déplacement en dehors et le déplacement en dedans.

Le déplacement en dehors se rencontre dans les cas de tumeurs ayant leur point de départ en dedans de l'uretère : par exemple des fibromes nés aux dépens des flancs utérins et à développement latéral, qui, s'enclavant progressivement dans le ligament large, repoussent l'uretère en dehors d'eux vers la paroi pelvienne. Nous nous trouvons là en présence de tumeurs secondairement incluses (Berard, Obs. VIII).

Le déplacement en dedans s'observe dans les tumeurs du ligament large indépendant de l'utérus, et qui, se trouvant au début de leur accroissement dans une situation externe par rapport à l'uretère, le refouleront en dedans, accentuant la position normale primitive, et pouvant ainsi, au fur et à mesure de leur développement vers le bas, entraîner l'uretère au-dessous d'elle vers le plancher pelvien. Déplacement inférieur évidemment peu important comme amplitude, mais qui crée une situation éminemment favorable à une blessure de l'uretère, l'organe, complètement masqué par la tumeur, n'étant pas repéré et risquant fort d'être lésé au cours d'une manœuvre un peu trop rapide de libération de la tumeur au fond du bassin. Nous voyons donc ici un type de déplacement tout différent du précédent et occasionné par une tumeur primitive du ligament large telle qu'un fibrome ou un kyste, l'expérience montrant qu'en pratique on a surtout affaire à des fibromes ou à des kystes, les autres tumeurs étant exceptionnelles.

Ces deux principaux types de déplacement suivent la règle générale qu'ont donnée Forgues et Crousse, mais nous avons trouvé deux cas de déplacement signalés par Petit-Dutailh qui font exception à cette règle. Il s'agissait de deux kystes

nés dans le mésomètre gauche, et qui, de là, avaient pris un développement pelvi-abdominal très important. A la base de ces kystes et implanté sur elle se trouvait un pédicule scléreux qui les reliait au paramètre et englobait le tronc de l'artère utérine. « Dans ces deux cas, c'était la situation de ce pédicule vasculaire profond par rapport au surcroisement de l'utérine par l'uretère qui semblait conditionner les rapports de ce conduit avec le kyste.

Pour l'un d'eux, le pédicule vasculaire se détachant en dedans du croisement, l'uretère, forcément, passait en dehors de ce pédicule, dans l'espèce sous la moitié interne de la base du kyste; pour l'autre, le pédicule se détachant en dehors du croisement, l'uretère, pour passer en dedans de lui, décrivait à partir de l'articulation sacro-iliaque deux coudes dont le premier était en direction du promontoire, tandis que le second, en direction de la corne vésicale, le menait sous la tumeur à la hauteur du cul-de-sac vaginal, à la distance ordinaire de 2 cm. 5 environ. » On voit que ces deux kystes, qui portaient pourtant l'un et l'autre du bord utérin, comme l'auteur le fait remarquer en y insistant, au lieu de réaliser tous les deux le type à l'uretère en dehors, échappaient à la règle, du moins dans un cas, où l'uretère était transposé en dedans.

Mais ce ne sont point les seules déviations que l'on puisse observer. L'urètre, en effet, a été rencontré dans certains cas en avant de la tumeur, dans d'autres en arrière. Enfin, on l'a rencontré au-dessus, passant en sautoir sur la tumeur, et aussi tout à fait en bas, caché sous elle.

DÉPLACEMENT EN AVANT. — Certains fibromes à évolution postérieure, après avoir envahi le ligament large et clivé son feuillet postérieur, remontent en arrière du péritoine pariétal plus ou moins haut vers les lombes. L'uretère, primitivement en avant de la tumeur, suit le développement de la tumeur et se trouve entraîné par elle, tout en restant toujours sur sa face antérieure. On conçoit combien pareille situation expose l'uretère au danger d'une blessure très

importante, puisque, dans certains cas, on a pratiqué non seulement une section, mais une résection de l'organe sur plusieurs centimètres, qui n'est parfois reconnue que la pièce en mains (V. Obs. V).

Stajano signale ce fait : « Je connais un cas semblable opéré il y a quatre ans dans lequel, la pièce extirpée, il fut trouvé un trajet de 8 centimètres environ d'un canal qui n'était ni artère ni veine, mais bien l'uretère largement réséqué. Il ne m'a pas été possible de trouver l'histoire de cette malade. » Nous avons trouvé des exemples de ce déplacement antérieur, signalé par Poncet (Obs. IX), Freund, (Obs. X), Kelly (Obs. XI), Krung (Obs. XII), Mayo Pobson (Obs. XIII).

Vanverts, au Congrès de gynécologie de 1925, en rapporte oralement un cas : « C'est ainsi qu'il était, chez une de mes opérées, situé entre la tumeur et le feuillet antérieur du ligament large, auquel il était accolé. L'ayant pincé et sectionné, je dus en pratiquer la suture par le procédé de l'invagination. »

DÉPLACEMENT EN ARRIÈRE. — Nous en avons trouvé un cas intéressant signalé par Pasteau (Obs. XVI).

DÉPLACEMENT EN HAUT. — Ici nous nous trouvons en présence de déplacements parfois considérables atteignant un tel degré que Lockhyer a pu dire que l'uretère n'avait plus en quelque sorte qu'une portion abdominale, tant les organes sont soulevés et refoulés par le mouvement ascensionnel de la tumeur. Il en donne un exemple vraiment extraordinaire (Obs. XVII). Il s'agit dans ce cas de tumeurs ayant pris naissance très bas dans l'excavation et situées primitivement au-dessous du point de croisement de l'uretère avec l'artère utérine, tels que les fibromes nés aux dépens de la portion du col de l'utérus située au-dessous de ce point. On comprend que la tumeur, dans son mouvement d'accroissement général dans tous ses diamètres, venant prendre contact avec les parois du bassin, entraîne avec elle dans son mouvement ascensionnel les organes pelviens. C'est ainsi que la tumeur,

rencontrant au-dessus d'elle l'uretère, va s'en coiffer et le soulever comme en le portant sur son dos. L'uretère, ainsi relevé par la sphère de la tumeur, décrit une courbe à convexité supérieure (Shickelé, Obs. XVIII, et Roy, Obs. XIX).

Keller rapporte un cas de ce genre à propos d'une tumeur intraligamentaire de l'ovaire droit. Il s'agissait d'une femme de 38 ans qui avait présenté quelques mois auparavant des troubles de la miction et, depuis quelques semaines, avait vu son ventre augmenter de volume, en même temps qu'elle ressentait une certaine pesanteur dans l'abdomen. L'examen avait conduit au diagnostic de kyste de l'ovaire droit à développement intraligamentaire. Lors de la laparotomie, on trouva la tumeur complètement recouverte de péritoine; la trompe, fortement étirée en longueur, chevauchait la surface de la tumeur; le méso-salpinx, complètement étalé, et un petit utérus à gauche, derrière et au-dessus de la symphyse. On réussit, après section transversale du péritoine au niveau du pôle supérieur, à énucléer la tumeur jusqu'à la base du ligament large droit, où l'on trouva de fortes adhérences provoquées en partie par la dégénérescence cancéreuse de la tumeur en cet endroit. En ce point même, l'uretère était déplacé et formait une anse convexe vers le haut du côté latéral de la tumeur. Ce déplacement était le fait d'une tumeur secondaire détachée du pôle inférieur de la tumeur principale, qui se développait dans la profondeur du tissu pelvien et s'était rencontrée à un moment donné avec l'uretère, qu'elle souleva; l'uretère avait suivi cette ascension jusqu'à sa distension maxima et avait ensuite glissé sur la face externe de la tumeur. Ici encore, on le voit, l'uretère s'offrait presque sous le doigt du chirurgien à une blessure accidentelle, et une incision transversale du péritoine située un peu trop bas n'aurait pas manqué de l'intéresser.

DÉPLACEMENT EN BAS (Obs. XV). — Cette variété de déplacement ne présente pas l'amplitude considérable que présente le déplacement vers le haut. Elle est intéressante à connaître, car l'uretère, placé sous la tumeur, masqué par

elle, n'est pas vu au cours de l'opération et risque fort d'être oublié. Ce sont généralement des fibromes latéraux à développement intraligamentaire, et nés des bords de l'utérus, au-dessus de l'uretère, qui repousseront cet organe vers le bas (Tédenat). C'est ainsi que, dans un cas de volumineux fibrome du ligament large droit ayant soulevé légèrement l'utérus et l'ayant déplacé à gauche, l'uretère était demeuré invisible pendant toutes les manœuvres pratiquées pour l'hystérectomie subtotale.

Nous pensons qu'il faut admettre ici un déplacement inférieur, l'uretère ayant fui au-dessous de la masse et s'étant dérobé au regards des observateurs (Labry, *Lyon médical*, 26 avril 1931. I. 550.).

On peut observer enfin des déplacements ne répondant à aucun des types principaux signalés ci-dessus. Ce sont les cas où l'uretère chemine entre les lobes d'une tumeur multinodulaire et suit un trajet sinueux en contournant ces masses ou bien s'enfonce dans l'épaisseur de la tumeur développée autour de lui. Ce sont les cas où la blessure de l'organe est presque fatale, l'énucléation nécessitant une résection plus ou moins large de ce conduit (Lockyer, Obs. XVII, Lauwers, Obs. XX).

Legal-Lassalle signale ce fait, parlant précisément de myomes multiples du col de l'utérus, de forme irrégulière et bosselée et montre toute la gravité opératoire de telles tumeurs, car l'uretère, suivant un trajet compliqué entre les différents lobes, n'obéit plus à aucune règle, semblant n'écouter que sa fantaisie et mettant comme une certaine malice à égarer le chirurgien.

Segment préligamentaire.

FIBROMES DU COL.

Dans cette partie de son trajet, du fait de son voisinage avec la vessie et de sa fixité avec elle, l'uretère suivra le déplacement de cette dernière, entraînant avec elle l'extrémité inférieure des deux uretères.

Nous retrouverons ainsi les tumeurs enclavées dans le petit bassin, kystes ou fibromes intraligamentaires qui, dans leur mouvement ascensionnel, repoussent la vessie vers le haut. Dans le cas de Shickelé, où un volumineux fibrome de la paroi postérieure du col avait envahi tout le petit bassin, les deux uretères furent trouvés déplacés vers le haut, l'un d'eux décrivant une anse à convexité supérieure.

Les fibromes cervicaux antérieurs produisent aussi un déplacement des uretères par le mécanisme de l'élévation du bas-fond vésical. Legal-Lassalle cite un cas où l'uretère droit était fortement soulevé par un volumineux fibrome développé dans la paroi antérieure du col et s'étendant vers le corps. L'uretère croisait la face latérale de la tumeur à peu près à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, décrivant une courbe sur les flancs de la masse (Obs. XXI).

Knox écrit également : « Dans plusieurs cas, la pression de la tumeur est exercée sur l'uretère dans le sens antéro-postérieur; par suite de la situation de la tumeur au-dessous des terminaisons vésicales des uretères, ceux-ci sont élevés vers l'abdomen en même temps que la vessie. »

Le *cancer du col* agit peu sur l'uretère en tant que producteur de déviation. L'uretère, en effet, se trouve bloqué de bonne heure par des colonies de cellules cancéreuses avant que la masse n'ait eu le temps d'atteindre des dimensions suffisantes pour le refouler à la périphérie, vers les parois latérales du bassin. Les anciens auteurs ont pu en observer des cas, mais, aujourd'hui, heureusement, ces cas très avancés s'observent avec une moindre fréquence depuis que le public est averti et que les médecins se sont mieux appliqués à le diagnostiquer précocement. Nous en avons trouvé un exemple de Kelly cité par Maubert où l'uretère se trouvait déplacé (Obs. XV).

DIAGNOSTIC

Nous venons de passer en revue les différents déplacements que peut subir l'uretère dans son trajet depuis le rein jusqu'à la vessie. Il était intéressant de les grouper et de les schématiser un peu pour que l'on s'en fasse une idée nette. Mais une question d'importance pratique considérable se pose maintenant. Ces déplacements sont-ils décelables cliniquement ? Hélas ! à qui veut s'en tenir strictement à l'histoire clinique et à l'examen du malade, tel diagnostic est à peu près impossible. Devant des symptômes de dysurie : débâcles urinaires, incontinence, mictions pénibles exigeant un effort du malade pour n'obtenir que quelques gouttes d'urine, devant des symptômes de rétention avec dilatation du bassinet et hydronéphrose, il est évident que le diagnostic qui s'impose, le diagnostic courant qui se présente à l'idée du chirurgien est celui de compression urétéralé. Mais alors que vient faire la déviation à ce propos ? C'est précisément qu'elle peut s'accompagner tout à fait exceptionnellement des symptômes décrits ci-dessus et qu'elle simule tout à fait la compression. Mais ce n'est que dans les cas de déviation de très grande amplitude, dans les cas limites où l'uretère est obligé de décrire un chemin considérable autour d'une tumeur, d'un volume très important. Telle est du moins l'opinion du Professeur Legueu qui pense que, dans les déplacements occasionnés par les fibromes du col par exemple, il se produit des modifications de structure de l'uretère amenant une diminution de son calibre. Il dit, en effet, ceci : « Quel qu'ait été le volume de la tumeur, ce n'est

pas par le mécanisme de la compression que doivent se réaliser les lésions que je suppose, c'est bien plutôt par le mécanisme de l'élongation et de la distension que se produit la lésion des uretères. Pour contourner la tumeur, les uretères, en vertu de l'altération de la vessie, doivent parcourir un chemin très long : sur cette tumeur, il est facile de voir la grande courbure qu'ils doivent parcourir et, comme dans la grossesse, ainsi que Couvelaire l'a montré, il y a élongation d'abord, ensuite amoindrissement du calibre urétral, d'où rétention. »

On nous permettra de faire des réserves sur cette opinion qui ne peut viser que des cas d'une extrême rareté. Dans le cas, pourtant exceptionnel, de Lockhyer, au point de vue de l'amplitude de la déviation, aucun symptôme urinaire ne fut observé. En temps normal, la déviation est déjà très nette et suffisante pour motiver une blessure accidentelle, alors qu'elle est restée totalement muette au point de vue symptômes cliniques. Elle a donc toutes les chances d'être méconnue et de créer ainsi des difficultés opératoires non prévues. En ayant toujours à l'esprit la possibilité de tels déplacements, le chirurgien doit les rechercher et s'éclairer avant l'intervention sur leur type topographique. La pyélographie est là pour le renseigner et lui donner des indications précieuses lui évitant des méprises très préjudiciables pour l'uretère (uretère pris pour une veine [Kelly, Obs. XI], ou, pour un repli péritonéal épaissi [Mazzoni, Obs. XXIV]). De là toute l'importance de la pyélographie comme moyen de diagnostic dans les cas de cet ordre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

A..., 49 ans, mariée sans enfant, entre le 11 septembre 1931 dans le service du Professeur Guyot pour des hémorragies après retard de règles de deux mois. Ces hémorragies ont débuté au moment présumé des règles et se sont prolongées pendant vingt-huit jours, très abondantes pendant la dernière période. Aucun passé génital, réglée à 11 ans, mariée depuis trente ans, pas de fausses couches.

Depuis quatre ans environ, la malade a remarqué que son ventre avait sensiblement augmenté de volume, mais ne s'en inquiéta pas me souffrant nullement et n'accusant aucun trouble par ailleurs. Ses règles étaient normales. Au mois de juin 1931, absence de règles. Il en est de même le mois suivant, la malade présente à cette période des bouffées de chaleur, des sueurs profuses et des troubles digestifs. En août, les règles apparaissent normales, sans douleurs, mais se prolongent anormalement au delà des délais habituels et durent vingt-huit jours. Dans la dernière semaine, ces hémorragies deviennent très importantes avec vertiges, éblouissements, bourdonnement, pâleur, tendance à la syncope. La malade est transportée dans le service de gynécologie du Professeur Guyot.

Examen le 11 septembre 1931 (Professeur Charrier) : Malade anémiée, avec pâleur des téguments et muqueuses décolorées. On trouve un ventre très volumineux, légèrement en obusier avec ombilic déglissé, à la palpation, on constate la présence d'une masse médiane paraombilicale dont le dôme supérieur est à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tumeur paraît déviée un peu à droite et s'enfoncer dans le petit bassin.

A la pression, la tumeur est mate dans toute son étendue. La recherche de l'ascite est positive.

Le toucher vaginal révèle un col un peu mou, dévié à droite et qui regarde légèrement en avant. Les culs-de-sac antérieur et gauche sont comblés et bombent dans le vagin. Le palper abdominal révèle un corps utérin fortement dévié à gauche, augmenté de volume.

Sa mobilité est diminuée. La mobilisation est indolore. On perçoit une volumineuse tumeur médiane, rénitente, mobile, transversalement et non verticalement et qui paraît distincte de l'utérus. On pense à un kyste de l'ovaire dont une partie épaissie et dure serait sur la ligne médiane.

Intervention le 2 octobre 1931 (Prof. J.-L. Faure) : Dès le ventre ouvert, on constate la présence d'un kyste volumineux inséré à droite et entouré d'adhérences vélamenteuses qui sont libérées rapidement. On découvre aussi un volumineux hydrosalpinx gauche qui avait été pris pour les nodules fibromateux d'un corps utérin refoulé à gauche. Hystérectomie subtotale par le procédé américain de gauche à droite. Suture du col. Péritonisation. Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Dix jours après l'intervention, petite poussée de température qui rentre dans l'ordre. Rien d'anormal à l'examen de l'abdomen.

Quinze jours après cet épisode fébrile, nouvelle poussée de température. L'examen pratique à ce moment révèle alors une voussure très nette de la région paraombilicale et du flanc droit qui ne se mobilise pas à la respiration. La région médiane est submate, les flancs présentent de la matité. La palpation montre une grosse masse élastique et même fluctuante du volume d'une tête de fœtus, siégeant au niveau du flanc droit et qui déborde légèrement la ligne médiane du côté opposé. Elle remonte à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal et descend jusqu'à l'épine iliaque antérieure environ. Sa surface est lisse, à contours réguliers, sauf au niveau de l'ombilic où l'on sent une espèce de bosselure peu mobile qui paraît fixée à la paroi postérieure de l'abdomen.

On pense soit à une hydronéphrose, soit à un kyste hématique.

On décide de pratiquer un cathétérisme des uretères et un examen radiographique.

Le 4 novembre 1931. On pratique la cystoscopie avec cathétérisme de l'uretère droit (Docteur Blanchot). On constate l'existence d'une vessie normale avec orifices urétéraux normaux. Le cathétérisme de l'uretère droit est fait, les sondes sont mises en place et toutes deux laissent passer une urine d'aspect macroscopique normal. On décide alors l'injection de lipiodol pour préciser le volume du bassinot. Celui-ci paraît normal, mais le trajet de la sonde décrit une courbe parfaitement nette au niveau de la tumeur que l'on percevait cliniquement au niveau de la région paraombilicale droite. Celle-ci est à concavité droite régulière, l'uretère se trouvant dévié à gauche et en dedans par cette masse. (V. Radio I.)

Le 7 novembre 1931 : Après examen et mise en observation, la tumeur paraît extra-urinaire, mais sous-péritonéale, puisqu'elle dévie l'uretère. Il s'agit probablement d'un kyste hématique de la région. Diagnostic d'élimination qui n'est posé qu'avec de très fortes réserves. On conseille à la malade l'opération. Elle s'y refuse. Exécal. La malade doit rester sous une surveillance médicale chez elle jusqu'à nouvel ordre.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le professeur BÉGOUX.)

Fibrome du ligament large ayant déplacé l'uretère en dehors.

II — G. , 46 ans. Debut il y a un an par une augmentation progressive du volume du ventre sans douleurs; règles normales, durant trois jours.

Huit mois plus tard, en juillet 1932, apparaissent de petites douleurs siégeant dans le bas-ventre survenant le soir et la nuit, mais n'empêchant pas la malade de faire son travail.

Absence de règles en août, septembre et octobre.

Il y a quinze jours, douleurs beaucoup plus vives qui obligent la malade à cesser son travail, et il y a quelques jours apparurent des pertes de sang dans lesquelles la malade reconnut ses règles,



RADIO I. — On voit nettement le changement de trajet de l'uretère droit qui, refoulé vers la ligne médiane, suit une longue courbe à concavité droite en s'incurvant autour de la tumeur (kyste hémattique).



RADIO II. — Type identique au précédent. Transposition en dedans de l'uretère droit par tumeur de la fosse iliaque droite.

et qui durèrent quatre jours. Quelques pertes blanches; un peu de pollakiurie.

Antécédents personnels. — Jamais malade. Deux enfants.

Examen. — Grosse masse bloquée dans la cavité pelvienne, à peu près immobile; ascension du col utérin, ce corps paraît latéralisé. La tumeur fait corps avec l'utérus, elle est irrégulière et présente deux lobes antérieurs que l'on perçoit au palper abdominal, elle est douloureuse à la palpation. Température, 37°4.

Conclusion. — Il s'agit d'un fibrome utérin, mais pas d'un fibrome normal; la fixité de la tumeur et la latéralisation du corps utérin font penser à un fibrome inclus dans le ligament large avec nécrobiose possible.

Le 29 novembre 1932 : *Intervention.* Laparotomie sous-ombilicale; volumineux fibrome utérin inclus dans le ligament large droit. Corps utérin complètement repoussé à gauche. Hystérectomie subtotale à l'ordinaire, mais opération difficile, car le plan de clivage pour l'énucléation du fibrome est difficile à trouver et au niveau du pôle inférieur, au voisinage du pédicule utérin droit, l'uretère, qui a été repoussé en dehors, est adhérent à la tumeur. Il est gros comme le doigt, et la dissection est difficile.

Péritonisation partielle; on laisse une mèche faisant tamponnement au fond du pelvis à cause d'un léger suintement sanguin.

Examen de la pièce. — Fibrome utérin du volume d'une tête d'adulte; à la coupe, couleur violacée (fibrome nécrobiosé).

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance du Professeur BÉGOUIN.)

Tumeur de la fosse iliaque droite, probablement néo du cæcum ayant refoulé l'uretère en dedans.

H... (B.), 74 ans, entre dans le service du Professeur Bégouin le 14 novembre 1932. La malade vient pour une tumeur apparue dans la fosse iliaque droite et des crises douloureuses très vives siégeant dans la région lombaire et irradiées à tout le membre inférieur

droit. La malade souffre depuis six mois de douleurs à type de colique généralisées à tout l'abdomen survenant par crises aussi bien diurnes que nocturnes. Au mois d'août apparaissent des selles noires comme de la suie qui durent un mois et demi. La malade constate à cette époque un amaigrissement très net. Depuis, il ne persiste qu'un suintement de sang mêlé aux selles, mais constant. En juillet 1932, la malade s'aperçoit d'une tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Depuis cette époque, nous dit-elle, il ne lui semble pas que cette tuméfaction ait augmenté de volume. En septembre, les coliques se calmèrent un peu, mais alors apparurent de violentes douleurs dans le membre inférieur droit, douleurs très vives, empêchant la marche.

La malade n'a jamais présenté de syndrome d'occlusion : ni constipation ni diarrhée. Son appétit a diminué, et elle a maigri de 4 kilos.

Antécédents. — Trois congestions pulmonaires. Passé génital normal.

Examen. — Malade d'aspect fatigué et très maigre. Ventre affaissé, sauf dans la région malade. Dans la fosse iliaque droite, on note du péristaltisme. La palpation montre une tumeur dure, bosselée, grosse comme deux poings environ, un peu sensible, plus adhérente aux plans profonds en dehors qu'en dedans, mais nettement séparée de l'os coxal par un sillon. Elle plonge dans la fosse iliaque et remonte en haut et en dehors jusqu'à 2 centimètres du rebord costal. La paroi est mobile sur la tumeur, mais celle-ci est fixée complètement aux plans profonds. On perçoit nettement des gargouillements au niveau de la tumeur; celle-ci est mate à la percussion. Pas d'ascite. On pense à un néo du cæcum.

L'examen de l'appareil génital ne révèle rien d'anormal.

Le membre inférieur droit présente une amyotrophie très nette, avec disparition presque complète de quadriceps. La malade ne peut pas étendre la jambe sous la cuisse. Le réflexe rotulien est aboli, l'achilléen conservé. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Le 15 novembre 1932, on fait une pyélographie par injection intraveineuse d'urosélectan. La radiographie montre au niveau de

la tumeur un déplacement très net de l'uretère droit, qui est refoulé en dedans et décrit autour de la tumeur une longue courbe à concavité externe. (V. Radio II.)

OBSERVATION IV.

(LEPOUTRE.)

Sarcome rétro-péritonéal. — Déplacement en dedans.

Une malade porte une volumineuse tumeur du flanc droit; celle-ci s'est développée insidieusement et est découverte au cours d'un examen général, légitimé par un état de faiblesse progressive. La tumeur se perd sous les fosses côtes, atteint la ligne médiane et descend jusque dans la fosse iliaque. Elle est d'une dureté ligneuse et absolument immobile. Elle donne un contact lombaire très net et fait saillir en arrière l'espace costo-iliaque.

La radiographie montre que le rein est refoulé en haut et basculé sur lui-même; l'uretère forme un arc très accusé à concavité droite, puisque le conduit passe à gauche de la colonne vertébrale.

Nous avons pu extraire la masse le 8 mai 1931 : il s'agissait d'un sarcome (examen du Prof. Delattre), développé en arrière du péritoine à droite. Au cours de l'opération, des vaisseaux volumineux furent ouverts, un peu dans toutes les directions. Nous n'avons pu trouver un pédicule, et une exploration attentive des vertèbres, de la crête iliaque ne nous a pas permis de rattacher la tumeur à ces organes. Peut-être s'agit-il d'une tumeur pararénale, mais celle-ci n'est certainement pas développée aux dépens de la capsule fibreuse. Des séances de radiothérapie pénétrante furent utilisées. L'opérée est en bonne santé en mars 1932.

OBSERVATION V.

(LOCKHIER.)

Pyosalpinx avec fortes adhérences. — Déplacement créé par le chirurgien. — Section accidentelle de l'uretère droit.

Il s'agissait d'un pyosalpinx avec adhérences aux anses intestinales et à l'épiploon. J'avais relevé des lésions considérables des annexes droites, l'extrémité de la trompe et l'ovaire se trouvaient adhérentes au plancher du cul-de-sac de Douglas; je ligaturai le repli infundibulo-pelvien, qui était épaissi, et, ayant coupé ce repli, je trouvai que mon incision avait compris l'uretère, qui était toutefois coupé tout près de la paroi droite du bassin. Le déplacement ici devait être le fruit de mon propre travail, et dans l'élévation puissante précédant la ligature et la section j'avais dû tirer l'uretère adhérent. Après consultation avec mon confrère le Docteur Butler Smythe, il fut décidé que la partie inférieure de l'uretère n'était pas adaptée à une urétéroplastie, et l'ablation du rein fut décidée. Ainsi fut fait. Aucun drainage ne fut employé. Mais dans ce cas le rein était très adhérent, et sans aucun doute quelques vaisseaux suprarénaux saignèrent, car pendant les trois semaines qui suivirent la néphrectomie la malade présenta de la fièvre avec douleur et sensibilité de la région lombaire droite. Une exploration fut décidée en commun accord avec mon collègue Keep, et une collection purulente à colibacilles fut évacuée à travers une incision lombaire. La malade est maintenant complètement rétablie.

Le déplacement de l'uretère par tiraillements n'est pas un accident méconnu, et un distingué et très réputé chirurgien m'envoya pour examen il y a quelques années une tumeur rétropéritonéale, et dans sa capsule adventice se trouvait un segment d'uretère de 10 pouces de long. Ce chirurgien m'expliqua que, cette lourde tumeur ayant été puissamment relevée, l'uretère fut arraché avec elle à son bout supérieur.

OBSERVATION VI.

(DUNNING, in thèse MAUBERT.)

Uretère déplacé par un abcès pelvien et sectionné accidentellement.

Dunning rapporte un cas où l'uretère était déplacé par un abcès pelvien survenu sept semaines après un accouchement. *L'uretère était entraîné sur le sommet de l'abcès* et fut sectionné accidentellement.

OBSERVATION VII.

(NOBLE, in thèse MAUBERT.)

*Uretère déplacé compris dans la ligature du pédicule ovarien
et sectionné.*

En janvier 1896, Noble fit l'implantation vésicale d'un uretère sectionné au cours d'une opération abdominale (?); cet uretère avait été compris dans la ligature de l'artère ovarienne gauche par suite d'un déplacement pathologique.

OBSERVATION VIII.

(BÉRARD, in thèse PERROT.)

*Masse fibreuse incluse dans le ligament large droit. — Déplacement
de l'uretère en dehors.*

La malade est opérée le 24 octobre 1899 par le Professeur agrégé Bérard.

On trouve un énorme fibromyome formé de trois masses au milieu desquelles l'utérus est perdu. La masse gauche, considérable, est libre sous le péritoine et remonte jusqu'au rein gauche. La masse

droite est incluse dans le ligament large correspondant; les faisceaux de ce ligament passent en sautoir par-dessus la tumeur. *Plus en dehors se trouve une nouvelle sangle, l'uretère avec ses vaisseaux.* Ce dernier était donc comprimé entre la tumeur et la paroi. On a ainsi l'explication des phénomènes de débâcles urinaires relatées dans l'histoire de la malade. Un troisième lobe médian plonge en avant dans le petit bassin et comprime la vessie.

OBSERVATION IX.

(PONCET, in thèse STROHEKER.)

Fibrome utérin volumineux, multilobé, partiellement inclus dans le ligament large droit. — Déplacement de l'uretère en avant.

Hystérectomie abdominale totale, très laborieuse, du fait de la tumeur qui s'était développée primitivement dans la région cervicale. Au cours de l'intervention pratiquée par M. Bérard, comme il était impossible d'attirer toute la masse hors du ventre, la manœuvre suivante fut pratiquée : pose rapide d'une ligature élastique à la base de la masse déjà énucléée, *en refoulant au préalable un cordon arrondi, qui passait en arc sur la portion incluse droite de la tumeur et qui lui semblait être l'uretère.* Section au-dessus de la ligature élastique de toute la masse accessible, puis ablation du fil de caoutchouc et mise en place de pinces hémostatiques.

Le cordon arrondi que l'on ménagea dans la ligature temporaire était bien l'uretère droit qui s'était trouvé refoulé en avant à mesure que la tumeur se développait dans la face de ce ligament large droit, et qui avait fini par la chevaucher.

OBSERVATION X.

(FREUND, rapportée par STROHEKER.)

*Cysto-fibromyome intraligamentaire. — Déplacement antérieur
de l'uretère.*

Il s'agissait d'une femme chétive de 32 ans, porteuse d'une tumeur pelvienne du côté gauche, qui, dans les derniers temps précédant l'opération, avait vu cette tumeur grossir rapidement et prendre son extension vers l'abdomen. Le diagnostic porté était : cysto-fibromyome intraligamentaire. Au cours de l'intervention, l'auteur note ceci : J'atteignis sur les côtés et en arrière le mésorectum, en haut le mésocôlon descendant; en bas, j'avancai prudemment, parce que, d'après le développement de la tumeur, la partie paramétritique de l'uretère gauche devait être en avant d'elle. *En réalité, je fus contraint de libérer l'uretère sur une étendue de 12 centimètres en avant de la tumeur* : il apparut plat, un peu large et sans adhérences sérieuses. Dès lors, la décortication fut extrêmement facile.

Enucléation de la tumeur, qui avait dédoublé les feuillets du ligament large sur l'étendue d'un poing.

Fermeture au drainage. La malade fut plusieurs fois dans le collapsus au cours de l'intervention; long et pénible retour à la santé.

OBSERVATION XI.

(KELLY, rapportée par MAUBERT.)

*Fibrome intraligamentaire ayant déplacé l'uretère en avant de lui.
Blessure de l'uretère. — Urétérorraphie. — Guérison.*

Femme de 35 ans, présentant une grosse tumeur s'étendant transversalement dans le bassin d'une fosse iliaque à l'autre et remplissant, d'autre part, le petit bassin tout entier. Hystérectomie abdominale le 1^{er} mai 1893; l'utérus sorti de l'abdomen présente

trois grosses masses, dont la plus grosse, atteignant 18 centimètres de diamètre, est située au niveau de la corne utérine droite et plonge dans le petit bassin.

Le pédicule vasculaire ovarien et le ligament rond du côté droit furent liés et coupés, après quoi le ligament large fut ouvert, et, en écartant les feuillets sentoneaux, on mit à nu le paquet des vaisseaux utérins sur le plancher pelvien. *A ce moment, un long cordon plat de 1 centimètre de diamètre fut découvert, cheminant sur une étendue de 7 centimètres sur la surface antérieure de la masse située dans le petit bassin. Il se dirigeait vers la corne utérine droite, où il disparaissait parmi des amas de veines dilatées.*

On en fit un examen attentif, on parla même de sa ressemblance avec l'uretère, mais, comme l'extrémité supérieure semblait plonger dans la tumeur, la conclusion fut qu'il s'agissait d'une *veine élargie*, comme le fait se rencontre si souvent dans ces cas; c'est pourquoi le cordon fut coupé entre deux ligatures. L'erreur fut reconnue aussitôt après la section, par suite de l'épaisseur des parois et de la béance de l'orifice. L'opinion fut confirmée par le passage d'une sonde, qui s'en alla d'une part dans la vessie, d'autre part, vers le rein. L'uretère avait environ quatre fois son diamètre normal.

On pratique en terminant une urétérorraphie, qui tint très bien. Guérison complète.

OBSERVATION XII.

(KRUG, rapporté par MAUBERT.)

Fibrome intraligamentaire. — Uretère déplacé au-devant de la tumeur sectionné accidentellement.

Femme de 30 ans, souffrant d'un fibrome depuis 6 ans. Etat général mauvais. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic; adhérences nombreuses. Je commençais par lier les annexes du côté gauche; la dernière ligature fut placée autour du ligament rond; quoique je m'attendais à

trouver beaucoup de difficulté et quoique ayant pris une attention particulière à l'uretère, je remarquai qu'après avoir coupé le ligament rond j'avais coupé l'uretère gauche en avant de la tumeur. Cette tumeur s'était évidemment développée dans le ligament large, déployant les deux feuillets et amenant l'uretère au-devant d'elle. La blessure fut faite à une place où je me croyais absolument sans danger; des pinces à forcipressure furent placées sur les deux bouts et l'opération terminée laborieusement. Voyant qu'il était possible d'amener l'uretère en rapport avec la vessie sans le soumettre à une traction excessive, je fis l'implantation de l'uretère sur la vessie à la façon de van Hook pour l'anastomose urétéro-urétérale. Guérison.

OBSERVATION XIII.

(MAYO ROBSON, rapporté par MAUBERT.)

Fibrome de l'utérus ayant déplacé l'uretère en avant.

Blessure de l'uretère. — Suture. — Guérison.

Malade âgée de 50 ans. Hystérectomie abdominale. Au cours de l'opération, on trouve l'uretère passant en avant de la tumeur et deux pouces en furent enlevés. Le chirurgien fit alors une fente longitudinale dans le bout inférieur, et dans ce bout ainsi élargi il invagina le bout supérieur et l'y fixa par quelques sutures. Aucun trouble urinaire. Guérison.

OBSERVATION XIV.

(WINSLOW, rapporté par MAUBERT.)

K... (N.), âgée de 33 ans, présente un gros fibrome utérin à début remontant à trois ans envahissant la partie inférieure de l'abdomen.

Le 16 juin 1897 : Hystérectomie supra-vaginale; poids de la tumeur, 15 livres.

Pendant la section du ligament large droit, l'uretère fut sec

tionné accidentellement, ayant été probablement déplacé par le développement de la tumeur.

Invagination du bout supérieur de l'uretère dans le bout inférieur. Suture. Guérison.

OBSERVATION XV.

KELLY, rapporté par MAUBERT.)

Cancer de l'utérus. — Déplacement vers le bas.

L... (S.), âgée de 35 ans. Diagnostic : cancer du col propagé du ligament large. Hystérectomie abdominale totale. Après l'ablation de l'utérus et des annexes, il reste sur le côté droit un noyau qui s'étend jusqu'aux parois du bassin. Après dissection, on trouve l'uretère déplacé d'une façon marquée; il se dirige d'abord en bas en partant de la vessie, pour se recourber brusquement et remonter directement en haut, entièrement entouré par du tissu cancéreux. Il est impossible d'extirper le noyau cancéreux sans blesser l'uretère, aussi on le coupe à 2 centimètres de la vessie et on extirpe le noyau cancéreux. Urétéro-cysto-néostomie. Guérison.

OBSERVATION XVI.

(PASTEAU, rapporté par STROHEKER.)

*Fibrome utérin inclus dans le ligament large droit
pesant 5 kg. 280. — Déplacement de l'uretère en arrière.*

Intervention le 1^{er} avril 1901 : Le péritoine est incisé verticalement sur toute la face antérieure de la tumeur; le décollement est amorcé et poursuivi peu à peu. A la partie supérieure et droite, l'ovaire kystique est d'abord laissé en place. Le décollement du péritoine est plus difficile dans la moitié inférieure de la masse fibromateuse, qui cependant est libérée complètement, sauf à gauche, sur l'utérus; à ce niveau, on trouva un plan de clivage entre le corps utérin et la tumeur, mais au niveau de l'isthme le fibrome adhère à l'utérus et s'implante sur lui par un très court

pédicule de la grosseur du pouce. A ce niveau, il existe de gros vaisseaux et surtout des veines très volumineuses. avant de lier le pédicule, l'uretère est reconnu; il vient, de la *partie postérieure sur le bord gauche du fibrome*, s'insinuer dans le pédicule *entre la tumeur à droite et l'utérus à gauche*, pour se porter en avant vers la vessie.

La vaste poche péritonéale résultant du décollement donne un suintement en nappe peu abondant. On place quelques ligatures.

Ablation de l'ovaire droit, qui est le siège d'un kyste dermoïde suppuré; fermeture de la brèche péritonéale. Mise en place d'un drain, l'utérus, dévié à gauche, revient à sa place normale après la résection et la suture des feuillets péritonéaux.

Il faut noter que, pour la résection du péritoine postérieur, il fallut prendre quelques précautions pour éviter la blessure de l'uretère droit. Celui-ci, en effet, était dénudé sur une longueur de 12 centimètres et se trouvait appliqué au feuillet flottant qui recouvrait primitivement la paroi postérieure du fibrome.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XVII.

(LOCKHYER, *British Medical Journal*, London, 1908,
p. 797-799.)

Fibrome multilobé du ligament large. — Déplacement considérable de l'uretère gauche. — Section accidentelle de l'uretère droit.

S... (F.), 39 ans. Entre le 9 août 1904 à l'Hôpital Sainte-Marie. Mauvais état général. Facies émacié et anémique. Quand je la vis, elle avait connaissance de sa tumeur depuis quatre ans, mais avait à plusieurs reprises refusé l'intervention proposée dans d'autres services d'hôpitaux où elle était déjà passée. Dernièrement, cette tumeur avait augmenté de volume si rapidement que la malade était devenue incapable de continuer son travail de cuisinière. Elle se plaignait surtout de ménorrhagies depuis un an environ. La tumeur atteignait l'ombilic. Tour de taille 1 mètre, considérable pour cette femme, de petite taille et très fluette.

Intervention le 11 août 1904 : Incision médiane sous-ombilicale jusqu'à 4 travers de doigt de la symphyse pubienne. La tumeur était de dimensions considérables vu la faible corpulence de cette femme; une anse intestinale adhérente à la tumeur fut libérée. La vessie se trouvait sous la partie inférieure de la tumeur; en m'aidant à la libérer, mon assistant déchira accidentellement sa paroi, qui fut aussitôt suturée.

La tumeur présentait maintenant deux lobes, un supérieur abdominal et un inférieur pelvien, «séparés l'un de l'autre par un profond sillon. La portion pelvienne s'était incluse dans chacun des ligaments larges. Du côté droit, je fus frappé par un très gros vaisseau qui courait en haut et en dedans des parois du bassin et entraînait dans le sillon entre les deux lobes de la tumeur. Je le coupai entre deux ligatures après avoir remarqué cette particularité. La tumeur fut enlevée en disséquant le vagin, qui était son dernier point d'attache. En procédant à la fermeture de l'énorme cavité produite par l'ouverture de deux ligaments larges, je repérai le moignon de l'uretère droit coupé, allongé sur l'artère iliaque externe contre la paroi pelvienne, et aussitôt j'enlevai le rein correspondant, drainai le bassin avec de la gaze, fermai la plaie abdominale, sauf à sa partie inférieure. Aucune goutte d'urine ne passa pendant la nuit suivante. Toutefois, le lendemain, je réintervenai et je trouvai l'uretère gauche coupé près de la base de la vessie. Je pratiquai une réimplantation dans la vessie. La convalescence fut longue, mais finalement complète. J'ai revu la malade en 1907. Elle avait gagné 12 kilos, repris son travail de cuisinière et ne se plaignait plus de rien.

Dans ce cas, je ne suggère pas que l'uretère gauche était déplacé; nul doute que je ne l'ai sectionné en disséquant le vagin, ne l'ayant pas dégagé préalablement, comme j'aurais dû le faire. Du côté droit, toutefois, la section de ce conduit déplacé fut faite délibérément, le trajet supérieur et interne ainsi que la perte de ce conduit entre les deux lobes de cette tumeur en pain de sucre m'ayant complètement égaré.

OBSERVATION XVIII.

(SCHICKELÉ.)

S..., 42 ans, primipare. Accouchement en train depuis deux jours. Grosse tumeur rétrocervicale enclavée dans le bassin; orifice externe derrière la symphyse, très haut.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus avec précaution; il s'agit d'un gros fibrome de la paroi postérieure du col qui empêche tout accès à la cavité pelvienne. Ablation sans ouverture préalable de l'utérus, impossible. Incision classique de l'utérus, extraction de l'enfant, suture en points. Section des spermatiques, ligaments ronds, du péritoine vésico-utérin, refoulement de la vessie, repérage des parties déclives de la tumeur du côté gauche pour reconnaître les vaisseaux utérins. *L'uretère, relevé par la sphère de la tumeur* qui s'est développé sous lui, est refoulé avec une compresse; pincement des vaisseaux utérins au ras du fibrome. Partant de la vessie, inspection des parties déclives du côté droit; *l'uretère, déplacé vers le haut du blanc droit de la tumeur, forme une anse.* Après l'avoir refoulé, pincement et section des vaisseaux. Laborieuse extériorisation du fibrome enclavé. Finalement, exérèse de la masse. Suture du champ opératoire par péritorisation en deux étages. Petite poussée fébrile dans les jours suivants due à l'infiltration du paramètre. La malade, guérie le vingt-sixième jour, quitte le service.

OBSERVATION XIX.

(Roy, *Annales de gynécologie*, 1914, p. 298.)

Fibrome œdémateux du ligament large avec poche de liquide simulant un pyosalpinx.

Femme de 45 ans, sans passé génital. Retard de règles de trois mois, après quoi surviennent d'abondantes hémorragies.

L'examen montre un utérus petit, à col mou, et à gauche une grosse tumeur molle, nettement fluctuante, dans le cul-de-sac postérieur. Tumeur indépendante de l'utérus.

La mollesse du col suivie d'hémorragie fait penser à une fausse couche. Pas de troubles digestifs. Pas de modifications des seins. La tumeur molle est considérée comme un pyosalpinx.

A l'opération, on trouve une tumeur molle incluse dans le ligament large paraissant indépendante de l'utérus, qui avait son volume normal. Les annexes étaient saines.

L'utérus et les vaisseaux utérins du côté gauche étaient soulevés par la tumeur.

Ablation de la pièce, hystérectomie, l'utérus présentant une perte de substance sur sa paroi postérieure.

La pièce, examinée, montra qu'il s'agissait d'un fibrome très oedémateux du volume d'une tête de fœtus.

OBSERVATION XX.

(LAUWERS, in thèse STROHEKER.)

Tumeur fibrokystique intraligamentaire. — Enucléation, amputation utérus. — Guérison.

V... (M.), 53 ans, mariée, 1 enfant; menstruation toujours normale, s'est arrêtée il y a trois ans. Au dire de la malade, l'augmentation de volume du ventre remonte à trois ans. L'examen montre une volumineuse tumeur remontant jusqu'à l'épigastre, très dure en certains points, nettement fluctuante en d'autres.

Au toucher vaginal, je découvris un utérus petit, atrophique, faisant corps avec la tumeur.

Laparotomie le 4 mai 1892.

Après avoir ouvert le ventre par une incision longue d'environ 30 centimètres, je me trouvai en présence d'une tumeur nacrée, parcourue de fines arborisations vasculaires, nettement fluctuante. La ponction de la tumeur au bistouri donna issue à 3 litres de liquide séro-sanguinolent.

Après évacuation de cette poche kystique, il restait une masse volumineuse, dure, bosselée, manifestement intraligamentaire. Je liai et je sectionnai les annexes de part et d'autre et j'incisai largement le feuillet péritonéal du myome. La décortication de la

tumeur fut très laborieuse. *L'uretère gauche était englobé dans le tissu même du néoplasme.* Après avoir libéré cet organe par une dissection très attentive, j'appliquai le cordon élastique sous la tumeur, sur le col de l'utérus. Section et traitement extrapéritonéal du pédicule comme à l'ordinaire.

Suture du péritoine et fermeture.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XXI.

(LEGAL-LA SALLE, thèse, service du Professeur QUENU.)

Volumineux fibrome de la lèvre antérieure du col étendu au corps utérin.

C..., 43 ans, entrée parce que son ventre grossit et pour des troubles de la miction.

Règles toujours régulières durant de trois à quatre jours, cessent en octobre 1912; vers cette époque, elle remarque que son ventre grossit et qu'elle se fatigue plus facilement.

Sensations abdominales douloureuses. Troubles vésicaux vers la même époque. La malade a de l'incontinence d'urine quand elle est debout. Quand elle veut uriner, elle doit faire de violents efforts, qui n'aboutissent que difficilement à l'émission de quelques gouttes d'urine.

En juillet survient une perte qui dure du 10 au 12. Nouvelle hémorragie environ un mois plus tard.

Examen. — La palpation fait sentir une masse arrondie allongée, de consistance dure et peu mobile, remontant jusqu'à 1 travers de doigt de l'ombilic et plongeant derrière le pubis.

Toucher vaginal : Doigt arrêté à 3 centimètres de la vulve, tuméfaction ferme, élastique, de volume d'un œuf de poule; il semble qu'on perçoit en arrière de l'orifice du col comme aplati derrière la masse. Toute la masse est très fixe. Culs-de-sac latéraux souples, non douloureux.

Opération (23 août 1913). — Laparotomie médiane. On tombe sur une énorme tumeur sur la face antérieure de laquelle on voit

la vessie qui remonte un peu au-dessus du pubis. A la face postéro-supérieure de la tumeur, une bosselure représente le corps utérin, flanqué de chaque côté par des annexes saines. Ligature et section des pédicules utéro-ovariens. Section et ligature des ligaments ronds, qui se rencontrent étirés à la surface de la tumeur. Incision du péritoine sur la face antérieure de la tumeur. La tumeur est saisie avec le tire-bouchon, et on la décortique prudemment.

En isolant la face latérale droite de la tumeur, on découvre un gros paquet veineux qui rampe à sa surface; on se prépare à le saisir dans une pince, quand, au moment de l'appliquer, on *remarque un cordon de direction presque horizontale* qui passe au milieu du paquet veineux. On l'isole et on constate que c'est l'uretère droit qui croise la tumeur à l'union de son tiers inférieur et de ses deux tiers supérieurs. Le pédicule veineux est pincé entre l'uretère et la tumeur. La décortication se continue aisément. On termine; hystérectomie totale, Suites normales.

La tumeur enlevée est un volumineux fibrome unimodulaire qui a envahi la face antérieure du col de l'isthme, et s'étend dans la partie inférieure de la face antérieure du corps.

OBSERVATION XXII.

(SCHICKELÉ, *in* thèse LEGAL.)

53 ans, multipare.

Ménopause depuis six ans. Dans ces derniers temps, le ventre grossit.

Myomes multiples développés surtout aux dépens de la paroi postérieure du col.

Le col est repoussé derrière la symphyse.

La vessie n'est pas sensiblement déplacée.

L'uretère gauche est déplacé et coudé. La trompe gauche est élevée et l'anse sigmoïde repoussée.

OBSERVATION XXIII.

(Id., *ibid.*)

Myome de la paroi postérieure du col. La lèvre antérieure forme un pli derrière la symphyse, la lèvre postérieure est en bourrelet. L'orifice externe est dévié. Les deux utérines sont déviées et l'uretère passe entre deux bosselures du myome.

OBSERVATION XXIV.

(MAZZONI, in thèse MAUBERT; publiée par BOARI, *Ann. mal. org. gén.-ur.*, 1899, p. 1155.)

*Tumeur interligamentaire. — Blessure accidentelle
de l'uretère.*

Au cours de l'ablation d'une tumeur interligamentaire à développement rétropéritonéal qui avait déplacé l'uretère, ce dernier fut pris pour un repli péritonéal épaissi. Ce n'est qu'après la dissection qu'il reconnut l'uretère, allant du rein à la vessie.

CONCLUSIONS

I. — L'uretère, détourné de son trajet normal par les tumeurs venues prendre contact avec lui, et ainsi obligé de contracter des rapports nouveaux entièrement anormaux, court de ce fait les plus grands dangers par suite des difficultés auxquelles il expose le chirurgien opérant dans une région où normalement ce dernier sait ne pas pouvoir léser d'organe important.

II. — Dans tous les cas, et surtout dans les tumeurs incluses du ligament large, où le chirurgien, ayant à l'esprit la possibilité de tels déplacements, soupçonnant des difficultés opératoires, une bonne pyélographie faite avant l'intervention lui rendra les plus grands services en lui permettant de s'éclairer sur la situation et le trajet suivi par l'uretère, le mettant ainsi à l'abri de toute méprise fâcheuse pour ce conduit, qui dans quelques cas est soulevé et cravate la tumeur, tandis que dans d'autres observations il est refoulé au-dessous de celle-ci; dans quelques fibromes bosselés, l'uretère peut, comme dans certaines tumeurs malignes, être inclus entre deux noyaux de la tumeur.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BOYEN-YOUNG. — Les déplacements de l'uretère et les abcès tubaires. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 16 févr. 1905, vol. CH, n^{os} 71, 184.
- FORGUE et CROUSSE. — De l'inclusion ligamentaire. Rapport présenté au IV^e Congrès de l'Association des gynécologues de langue française, oct. 1923.
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de gynécologie, 2^e éd., 1927.
- GOVERNEUR. — La suture de l'uretère et ses résultats éloignés. *Gynécologie et obstétrique*, 1920, t. II, p. 230.
- HERRICK. — La pyélographie dans le diagnostic des tumeurs de l'hypocondre. *Annals of Surgery*, LXXXIII, n 5, mai 1926, p. 634.
- KELLER. — Tumeur intraligamentaire de l'ovaire droit avec déplacement de l'uretère. *Gynécologie et obstétrique*, 1920, p. 217.
- Les néoplasmes de l'ovaire au point de vue clinique. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1922, p. 298.
- LABRY et DOUILLET. — Volumineux fibrome du ligament large. *Lyon médical*, 26 avril 1931, p. 350.
- LEGAL-LA SALLÉ. — Les fibromes du col de l'utérus. Thèse Paris, 1914.
- LEPOUTRE. — De l'intérêt de la pyélographie dans le diagnostic des tumeurs de l'hypocondre. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 6 mars 1932.
- LOCKHYER. — Déplacements de l'uretère dans certains cas de tumeurs pelviennes. *British Med. Journ.*, 1908, p. 797-799.

- MAUBERT. — Les blessures de l'uretère dans les interventions par voie abdominale sur l'utérus et les annexes. Thèse Paris, 1902.
- PASTEAU. — Fibrome du ligament large. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, avril 1901, p. 331.
- PERROT. — Les fibromes inclus intraligamentaires. Thèse Lyon, 1899.
- PETIT-DUTAILLIS. — Quatre observations de tumeurs à grand développement pelviaabdominal partiellement ou totalement sous-péritonéaux; technique de leur extirpation. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1929, p. 115.
- ROY. — Fibrome œdémateux du ligament large avec poche simulant un pyosalpinx. *Annales de gynécologie*, 1914, p. 298.
- SALLERAS. — Desplazamiento del rinon y ureter por tumores de vecindad. Su demonstracion pyelografica. *Revista de Especialidades*, 23 juill. 1931, p. 396.
- SHICKELE. — Les interventions obstétricales chirurgicales. *Gynécologie et obstétrique*, 1920, t. I, p. 19.
- STAJANO. — Le danger urétéral. *Gynécologie et obstétrique*, 1920, p. 369.
- STROHEKER. — Les fibromes du ligament large. Thèse Paris, 1902.
- TEDENAT. — Fibrome du cœl utérin. *Annales de gynécologie*, 1914, p. 477.
- TERRILLON. — Des tumeurs incluses dans le ligament large. *Annales de gynécologie*, sept. 1885, p. 190.
- VANVERTS. — La myomectomie préliminaire à l'hystérectomie abdominale dans les fibromes du ligament large. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1920, p. 553.
- VENOT. — Accidents et complications urinaires au cours des fibromes utérins. *Annales de gynécologie*, 1907, p. 286 et 316.
- VINCENT. — Lésions de l'uretère pelvien produites au cours des interventions gynécologiques. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, mars 1932, p. 208.

